



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE: \_\_\_\_\_ PRONT. Nº : \_\_\_\_\_

Pelo presente instrumento, Caroline Rodrigues Pereira de Jesus R.G. 27298074-2, declara que foi devidamente esclarecido sobre os procedimentos a que vai ser submetido, bem como do seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Declara também que foi informado de todos os cuidados e orientações que deve seguir a fim de alcançar o melhor resultado para o tratamento proposto. Está ciente que deverá manter os cuidados quanto à qualidade da higiene, bem como retornar anualmente para controle e manutenção da saúde bucal, e ainda, informar imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

Foi informado que a ocorrência de duas faltas consecutivas ou duas faltas intercaladas, se não justificadas, acarretarão na suspensão do tratamento. Está ciente de que a colaboração durante todo o tratamento envolve o respeito aos horários, agendamentos, e o não comparecimento à manutenção anual impedirá a continuidade de atendimento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFF.

Declara que tem conhecimento de que as clínicas e laboratórios fazem parte do processo de ensino/aprendizagem de alunos e profissionais de Odontologia. Concorde que as fotografias, radiografias, modelos de gesso, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratórios ou qualquer outra informação concernente ao tratamento, permanecerão arquivados na Faculdade permitindo o uso para fins de ensino, publicação científica e/ou demonstração didática, respeitando-se os critérios éticos.

Niterói, 20 de maio de 2016.

Assinatura do Paciente: Nicholas Yuri Rodrigues de Souza Silva.

Assinatura do Responsável: Caroline R. Pereira de Jesus  
(quando menor ou incapaz)